维普资讯 http://www.cqvip.com

·短 篇·

输卵管复通术160例体会

张宪荣* 郭淑英** 马秀娟*** 郭 昕***

我院自1985年10月至1992年6月，对160例输卵管结扎妇女进行输卵管复通术。术后随访、宫内妊娠率63.75%，异位妊娠6例，复孕率67.50%，复通率为88.75%。现报告如下。

一、临床资料

本资料160例均为输卵管结扎术后，因家庭特殊情况，强烈要求行输卵管复通术需再生育子女。160例中有20人再婚，其男方原有子女，而且精液检查正常。年龄28～42岁，平均31.5岁。输卵管结扎时间最长者18年，最短者3年，平均10.8年。160例患者月经规律，经期、经量正常。妇科内诊检查：子宫正常大小，表面光滑质地中等，活动良好，双侧附件正常。B超报告盆腔无异常。

二、手术情况

1.术前准备：血常规、尿常规、心电图、胸透、肝功、术前8小时禁食、4小时禁水、术晨行清洁灌肠。

2.手术时间：160例病人均在月经干净后3～7天手术。

3.手术方法：在连续硬膜外麻醉下，有原手术疤痕的剔除疤痕使切口长约5～6厘米。探查盆腔，轻提起输卵管，以湿纱布排除周围肠管并垫附于输卵管下方。找到输卵管原结扎部位，在该处的浆膜下注入生理盐水2毫升，纵形剪开浆膜层并保护好，切除疤痕，暴露出两侧管腔，以马尾或硬膜外导管为支架，将远端与近端连接起来。用无损伤尼龙线行输卵管端与端吻合，在6点、9点、12点、3点处不穿粘膜缝合4针，应将4针分别缝合完毕对应打结，以免造成输卵管端端吻合错位，浆膜层用0号丝线连续缝合。吻合结束后在输卵管伞端向输卵管及子宫腔方向注入生理盐水15ml，同时观察吻合口是否有漏液。在切除结扎处疤痕时以切成斜面为原则，以最大限度地使管腔变大，尽量减少术后疤痕所形成的狭窄环，以增加复通率进而增加复孕率。

4.判定复通成功的标准：本组资料的标准为，只要有连续二次通液通畅无阻力、无腹痛即为成功。若此次不通，下次再通，连续4次不通畅，病人通液时腹痛剧烈，药液自宫口流出，推药阻力较大为复通术失败。

三、结果

本组160例中有142例复通成功，复通率为88.75%；有102例子宫腔内妊娠，宫内妊娠率为63.75%；6例发生异位妊娠，本组160例复通术的复孕率为67.50%。其中复通术后2个月宫内妊娠4例，6例异位妊娠有1例是在术后3个月内。

四、讨论

1.输卵管复通术后常规应避孕3个月，正常受精卵到子宫腔内的着床是靠输卵管向心方向的蠕动完成的，输卵管复通术后的疤痕是否会影响输卵管输送孕卵的蠕动，这一点还有待进一步研究。本组资料有4例妊娠者是在复通术后2个月，1例宫外孕发生在复通术后3个月内。我们认为：术后早期的性生活不利于输卵管功能的恢复，而且从理论上讲有发生宫外孕的危险。

2.复通术的成功与否与输卵管结扎位置、损伤情况及结扎时间的长短有密切关系。另外，不同的输卵管结扎方法也一定程度地影响着复通率。一般认为：输卵管吻合术后其长度大于5厘米，复通的成功率较高；若长度小于3厘米，既使复通成功，宫内妊娠率也较低。

3.输卵管复通术中支架起着固定输卵管的作用，增加端与端吻合的成功率。支架的种类不一，有选用马尾鬃的、有选用硬膜外导管的，本组资料92例用马尾鬃，68例用硬膜外导管。用马尾鬃支架的复通率为97.4%，用硬膜外导管的复通率为50.8%，但其用法各有利弊。硬膜外导管的取材较广，手术的成功率较大。选和哪一种支架应根据具体情况而定。

（收稿：2000-04-02）

* 作者单位：154100 黑龙江省桦川县妇幼保健院
** 黑龙江省伊春市乌拉嘎金矿局职工医院
*** 黑龙江省佳木斯大学医学院附院妇产科

尿路上皮多器官癌23例分析

蒋立新* 李天明**

肾盂、输尿管、膀胱及后尿道均被覆移行上皮，当其中两个器官同期或先后发生移行细胞癌时称为尿路上皮多器官癌。现将作者所在医院10年收治并经手术及病理证实的23例尿路上皮多器官癌报告如下。

* 作者单位：550002 贵阳市第一人民医院泌尿外科
** 天津医科大学附院泌尿外科